

Életmódorvoslás a krónikus betegségek megelőzésében és kezelésében: lehetőségek és kihívások a hazai egészségügyi rendszerben

The role of lifestyle medicine in the prevention and treatment of chronic diseases: Opportunities and challenges within the Hungarian healthcare system

Babai László^{1,4}, Paulik Edit², Terebessy András^{3,4}, Pénzes Melinda^{2,4} ✉

¹Életmód Orvosi Központ, Prima Medica

²Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Népegészségtani Intézet

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Megelőző Orvostani és Népegészségtani Intézet

⁴Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

✉ penzes.melinda@emk.semmelweis.hu

Bevezetés: Az egészséges életmód kiemelt fontossága az egészségi állapot alakításában már több évtizedes múltra tekint vissza. Az életmódorvoslásnak többnyire hat pillérét határozzuk meg: mozgás, táplálkozás, alvás, káros szenvedélyek kerülése, stresszmenedzsment és a társas kapcsolatok. Jelenleg Magyarországon, csakúgy, mint a világ más országaiban, az életmódorvoslás a helyét keresi az orvoslás mindennapi gyakorlatában. Tanulmányunk célja az életmódorvoslás történeti háttérének, koncepciójának, nemzetközi és hazai szerveződésének bemutatása, valamint az életmódorvoslás hazai egészségügyi ellátórendszerbe, illetve tágabb értelemben a társadalomba történő integrálási lehetőségeinek feltérképezése.

Módszer: Narratív szakirodalmi áttekintés keretében a célkitűzéseknek megfelelően a „szürke” irodalom, illetve a szakirodalom áttekintését végeztük el.

Eredmények: Az életmódorvoslás gyökerei az ókori orvoslásig nyúlnak vissza, de önálló szakterületté az 1990-es években kezdett válni. Az amerikai és európai életmódorvosi irányzatoknak megfelelően több életmódorvosi társaság létezik hazánkban is. A megszokott egészségügyi-gyógyítási sémával szakít az életmódorvoslás, amelyben a beteg inkább kliens, a betegségmegelőzés vagy gyógyulás aktív szereplője. Az életmódtanácsadás és életmód-terápia, mint kezelési lehetőség, számos egészségügyi szakmai irányelvben megjelenik, de emellett a megvalósításhoz nélkülözhetetlen ismeretek és tényleges gyakorlati készségek összefoglalása és oktatása is időszerű lenne. Bár több országban az életmódi intervencióknak és koncepcióknak kiemelkedően hatékony színtérhálózata és intézményi struktúrája van, hazánkban mindez jelenleg még hiányosan és esetlegesen működik a gyakorlatban. Magyarországon az életmódorvoslás humán erőforrás-rendszere még formálódik, képzési szinten specializáció egyedül a megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosképzésben jelenik meg. Ajánlott, hogy az életmódorvosi intervenciók vezetője orvos legyen, mellette pedig mozgásterapeuta, dietetikus, lehetőség szerint pszichológus vagy mentál-

higiénikus, valamint számos további egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű szakember munkája is elengedhetetlen, akik az életmódorvoslás pilléreinek megvalósításában segítő szerepet játszanak. Az életmód-terápia finanszírozása komplex, és részben kívül esik a hagyományos egészségügyi ellátórendszeri finanszírozáson. Hazánkban a központi finanszírozás mellett alternatív finanszírozási formákat is alkalmaznak, elsősorban a fizikai aktivitást elősegítő mozgásprogramoknál.

Következtetések: Az életmódtényezők napjainkban az emberiség, így a hazai társadalom egyik legjelentősebb, egészséget befolyásoló tényezői. Az életmódorvoslásnak éppen ezért kiemelt orvosi, egészségügyi szakterületnek kellene lenni, integrálása pedig a hagyományos orvosi ellátásba kulcsfontosságú a krónikus betegségek terhének csökkentése és az emberek egészségének javítása érdekében.

Kulcsszavak: életmódorvoslás, népegészségügy, megelőző orvostan, életmód-terápia, nem fertőző betegségek

Introduction: The importance of healthy lifestyle in shaping health status goes back decades. Six pillars of lifestyle medicine are usually identified: physical activity, nutrition, sleep, avoidance of harmful addictions, stress management and social relationships. In Hungary, as in other countries of the world, lifestyle medicine is looking for its place in the everyday practice of medicine, currently. The aims of our study are to present the historical background, the concept, the international and national organisation of lifestyle medicine, to explore the possibilities of integrating lifestyle medicine into the healthcare system in Hungary and, more broadly, into society.

Methods: A narrative literature review was conducted to review the 'grey' literature and the literature in line with the aims.

Results: Lifestyle medicine has its roots in ancient medicine but began to become a separate discipline in the 1990s. In line with American and European lifestyle medicine trends, there are several lifestyle medicine

societies, also in Hungary. Lifestyle medicine breaks with the usual healthcare pattern, in which the patient is more of a client, an active participant in disease prevention or cure. Lifestyle counselling and lifestyle intervention, as a treatment option, are included in many health professional guidelines, but it would also be timely to summarise and educate the knowledge and actual practical skills that are essential for implementation. Although many countries have a highly effective network and institutional structure for lifestyle interventions and concepts, in our country, this is currently incomplete and random in practice. In Hungary, the human resources system of lifestyle medicine is still in the process of being formed, with specialisation at the training level only in preventive medicine and public health. It is recommended that a medical doctor should be the leader of lifestyle interventions, alongside a physiotherapist, a dietician, possibly a psychologist or mental health professional, and a number of other health and non-health professionals who play a supporting role in the implementation of the pillars of lifestyle medicine. Financing of lifestyle interventions are complex and partly outside the traditional healthcare financing methods. In addition to central financing, alternative forms of funding are also used in our country, particularly for physical activity programmes.

Conclusions: Lifestyle factors are one of the most important determinants of health for the global population today, including our own society. Lifestyle medicine should therefore be a priority medical and health specialty, and its integration into conventional medical care will be key to reducing the burden of chronic diseases and improving people's health.

Keywords: lifestyle medicine, public health, preventive medicine, lifestyle intervention, noncommunicable diseases

BEVEZETÉS

Magyarországon az elkerülhető és megelőzhető mortalitás jelentősen magasabb, mint az Európai Unió (EU) legtöbb országában [1]. A két vezető halál: a szív- és érrendszeri halálozás (48,0%), valamint a rosszindulatú daganatok (24,8%) [2]. Az egészségben eltöltött életek számát tekintve szintén jelentős lemaradásban vagyunk az európai átlagtól, a 65 éves magyar férfiak és nők hátralévő éveikből kevesebbet élnek egészségügyi problémáktól és korlátozottságtól mentesen, mint az EU-ban átlagosan (férfiaknál: 7,2 év vs. 9,5 év, nőknél 7,9 vs. 10,1 év) [3]. A 65 év feletti magyar férfiak közel fele (47%), míg a nők több mint kétharmada (67%) él többszörös krónikus betegséggel, ami a legmagasabb értékek közé tartozik az EU országaiban (EU átlag férfiak: 32%-a, nők: 40%-a) [3]. Hazánkban az összes haláleset körülbelül fele egészségmagatartási kockázati tényezőknek tulajdonítható, így a hazai mortalitás közel negyedéért (24%) az egészségtelen táplálkozás, ötödéért a

dohányzás (21%), 7%-áért az alkoholfogyasztás, míg 2%-áért a mozgásszegény életmód felelős. Utóbbi kivételével mindegyik életmódi kockázati tényező az EU-s átlag feletti arányban járul hozzá a hazai halálozásokhoz [1]. A magyar lakosság egészségi állapota, életmódja és várható élettartama tekintetében jelentős egyenlőtlenségek tapasztalhatók az iskolai végzettség, a nemek és a lakóhely szerint [4–6]. A krónikus betegek országon belüli megoszlására a regionális különbségek mellett az iskolai végzettség, valamint a jövedelmi helyzet is hatással van [1,4].

Egy ország lakosságának egészségi állapota az egyik legfontosabb nemzetgazdasági kérdés, hiszen az egészségi állapot az elérhető munkaerő minőségén és mennyiségén keresztül befolyásolja az ország gazdasági teljesítőképességét és versenyképességét [7]. A hazai 30–64 éves korosztály betegségeinek ugyanakkor jelentős költségeit tárták fel egy tanulmányban. Nevezetesen 2019-ben e korosztály betegségeinek közvetlen költségeit, azaz a betegségek gyógyítása érdekében nyújtott szolgáltatásokra költött kiadásokat 1145,6 milliárdra, a közvetett költségeket, azaz a kiesett termelés által okozott veszteségeket 2279,7 milliárdra becsülték, a teljes költség pedig 3425,3 milliárd Ft volt. Mindezek – sorrendben – a 2019. évi GDP 2,41%, 4,8%, és 7,21%-át tették ki [8]. A magyar munkaképes korú népesség körében a legjelentősebb társadalmi költséget jelentő kórfarmák elsősorban az életmóddal összefüggő betegségek. Magyarországon 2019-ben a daganatok ellátására költöttük a legtöbb forrást (278,5 milliárd Ft) a 30–64 éves korosztályban, míg 204,3 milliárd Ft-ot a keringési rendszer betegségeire. Az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségekre pedig további 101,8 milliárd Ft-ot költöttünk [8]. A versenyképesség és a betegségteher vizsgálata során egyértelműen megállapító, hogy az egészségi, ezáltal a versenyképességi állapot, illetve az életmód között szoros összefüggés áll fenn. Az ország versenyképességének javításához elengedhetetlen az egészséges életmód előmozdítása és az azt elősegítő fizikai és szociális környezet kialakítása.

Az egészséges életmód kiemelt fontossága az egészségi állapot alakításában már több évtizedes múltra tekint vissza, de jellemzően prevenció, és nem terápiás célból jelent meg többek között az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) programjaiban, míg az „életmóddorvos” megközelítés csak a 20. század végén került előtérbe. A „lifestyle medicine” kifejezést először Ernst Wynder epidemiológus használta 1988-ban egy, a dohányzás tüdőrákra gyakorolt hatásáról szóló vitában [9]. 1999-ben James M. Rippe szerkesztésében jelent meg az első, ezzel a szakterülettel foglalkozó szakkönyv „Lifestyle Medicine” címen, melyben a „lifestyle medicine” definíció szerint olyan tudomány és diszciplína, amely azt vizsgálja, hogy a napi szokások és cselekvések – mint például a fizikai aktivitás, a megfelelő táplálkozás, a testsúlyszabályozás és a dohánytermékek kerülése – milyen hatással vannak mind a rövid-, mind a hosszú távú egészségre és életminőségre [10,11].

Magyarországon az „életmóddorvoslás” kifejezést, mint a „lifestyle medicine” magyar fordítását először 2011-ben a köz-

lemény első szerzője használta. Az életmódorvostan fogalmát 2018-ban a Magyar Életmód Orvostani Társaság (ÉMOT) úgy definiálta, mint „a bizonyítékokon alapuló orvostudomány egyik ága”, amely – az életmóddal összefüggő betegségek alap kiváltó okait megcélozva – komplex életmódváltást (köztük táplálkozás, fizikai aktivitás, stresszmenedzsment, szociális támogatás és környezeti hatások befolyásolása) használ az életmóddal összefüggő, krónikus betegségek megelőzésében, gyógyításában, progressziójuk lassításában [12]. Nemzetközileg az életmódorvoslásnak többnyire hat pillérét határozzuk meg: mozgás, táplálkozás, alvás, káros szenvedélyek kerülése, stresszmenedzsment és a társas kapcsolatok [11]. Jelenleg Magyarországon – hasonlóan a világ más országaihoz – az életmódorvoslás a helyét keresi az orvoslás mindennapi gyakorlatában.

CÉLKITŰZÉS

Jelen tanulmány célja az életmódorvoslás történeti hátterének, koncepciójának, valamint nemzetközi és hazai szerveződésének bemutatása. További célunk, hogy feltérképezzük az életmódorvoslás hazai egészségügyi ellátórendszerbe, illetve tágabb értelemben a társadalomba történő integrálási lehetőségeit.

MÓDSZER

Narratív szakirodalmi áttekintés keretében – a közlemény terjedelmi korlátait figyelembe véve – a célkitűzéseknek megfelelően a „szürke” irodalom, illetve a szakirodalom áttekintését végeztük el. Az életmódorvoslás történeti alapjait és koncepcióit a nemzetközi életmódorvosi szakmai társaságok, szervezetek és szakirodalmak alapján összegezzük. Továbbá áttekintjük az egészségügyi szakmai irányelvekben az életmódorvoslás megjelenését, egyes életmódi intervenciók színtereit és intézményi struktúráját, valamint az életmódorvoslás lehetséges hazai humán erőforrását és a potenciális finanszírozási opciókat.

EREDMÉNYEK

Az életmódorvoslás történeti háttéré és koncepciója

Az életmódorvoslás egy viszonylag új, de gyorsan fejlődő orvosi szakterület, amely az életmódbeli változtatásokra összpontosít a krónikus betegségek megelőzése és kezelése érdekében. Gyökerei azonban az ókori orvoslásig nyúlnak vissza. Már Hippokratész is arra ösztönözte az ókori gyógyítókat, hogy ne csak magát a betegséget vizsgálják és kezeljék, hanem a betegségek okait, az egyén életmódját is tárják fel, beleértve például, hogy mit és mennyit eszik, iszik, mozog, illetve megfelelően alszik-e az egyén [11].

A 20. században, elsősorban a nyugati típusú társadalmakban a fertőző betegségek háttérbe szorulásával és a krónikus nem fertőző betegségek (pl. szív-érrendszeri betegségek, cukorbetegség, krónikus obstruktív tüdőbetegségek – chronic obstructive pulmonary disease COPD, daganatok)

elterjedésével az előbb vázolt ókori szemlélet ismét prioritássá lépett elő. Egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az életmód fontos szerepet játszik a krónikus nem fertőző betegségek kialakulásában és kimenetelében. Fodor József már a 19. század végén rávilágított arra, hogy a helytelen életmód és táplálkozás jelentősen rontja az életkilátásokat, éppen ezért kiemelkedően fontosnak tartotta a felnővekvő generáció egészséges életmódra nevelését, intézményesítve pedig az iskolaorvosi feladatok közé integrálva indította el [13]. Az 1950-es és 1960-as években számos kutatás hívta fel a figyelmet az életmódi tényezők etiológiai szerepére, például a táplálkozás és a szívbetegségek vagy a dohányzás és tüdőrák közötti összefüggésekre [14,15]. A későbbi évtizedekben több úttörő gyakorlat és tanulmány született arról, hogy az életmódbeli változtatások, beleértve a növényi alapú étrendet, a rendszeres testmozgást, a stresszkezelést és a társas támogatást, képesek visszafordítani a szívbetegséget [16–20]. Marc Lalonde, Kanada egészségügyi és jóléti minisztere 1974-ben publikálta a „Kanadaiak egészségének új megközelítése”, avagy Lalonde-jelentésként ismertté vált tanulmányát, amelyben felhívta a figyelmet az életmód kiemelt szerepére az egészségi állapotot meghatározó tényezők közül. A Lalonde-jelentés szükségesnek látta az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások reformját oly módon, hogy a megelőzést és az egészségfejlesztést széles társadalmi alapokra helyezték, kiemelt hangsúllyal az edukációra és a kommunikációra [21].

Az 1990-es években az életmódorvoslás kezdett önálló szakterületté válni. Elsőként az amerikai életmódorvosi irányzatot alapozták meg, amelyben az Amerikai Életmódorvoslási Kollégium (American College of Lifestyle Medicine, ACLM) 2004-es megalakulása mérföldkönek számított, és elősegítette a terület szabványosítását és terjesztését. Az amerikai életmódorvoslási szemlélet hat fő pillérre épül: 1) növényi alapú étrend, ami hangsúlyozza a teljes értékű, feldolgozatlan növényi élelmiszerek fogyasztását; 2) rendszeres testmozgás, azaz heti legalább 150 perc közepes intenzitású vagy 75 perc magas intenzitású aerob testmozgás, illetve a közepes és magas intenzitású mozgások megfelelő kombinációjának ajánlása; 3) stresszkezelés relaxációs technikákkal, meditáció vagy jóga segítségével; 4) megfelelő mennyiségű és minőségű alvás; 5) káros szenvedélyek (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, más drogok) kerülése; és 6) erős és támogató társas kapcsolatok ápolása [22]. Az életmódorvoslás európai irányzatát a 2015-ben alapított Európai Életmódorvosi Társaság (European Lifestyle Medicine Organization, ELMO) képviseli, és ajánlásai ugyancsak ezen a hat pilléren alapulnak, amelyek további két pillérrel egészülnek ki: 7) szexuális egészség és fertilitás, valamint 8) környezeti expozíciók mérséklése [23]. Az amerikaihoz képest az európai irányzatnak árnyalatnyi különbségei vannak az egyes pillérekben, amelyek az amerikai és európai kulturális, szociális és egészségügyi rendszerek jellemzőinek eltéréseiből adódhatnak. Például az európai irányzat bár hangsúlyozza a növényi alapú étrend jelentőségét, de a regionális étrendi szokások – mint például a mediterrán diéta – figyelembevételét

is kiemeli. A támogató társas kapcsolatok esetében az amerikai irányzat az egyéni felelősséget hangsúlyozza, az európai irányzat azonban az egészségügyi és szociális biztonsági háló szerepét is fontosnak tartja a helyes életmód elérése érdekében. A stresszkezelés módjában a kulturális különbségek kifejezett hatással lehetnek [11].

Bár az életmódorvoslás céljai jól meghatározottak, az életmódorvosi társaságok szerveződése nem egységes. Két világszervezet azonosítható, a Lifestyle Medicine Global Alliance (LMGA), ami az életmódorvoslással foglalkozó szakembereket és szervezeteket egyesíti, a World Lifestyle Medicine Organisation (WLMO) pedig az életmódorvoslás nonprofit, regionális vagy országos szervezeteinek koalíciója [24,25]. Az európai régióban két szervezet is működik, az ELMO és a 2019-ben alapított European Lifestyle Medicine Council (ELMC), amelyek közül csak az utóbbi tagja az LMGA-nak [23,26]. Az ELMO széles partnerszerkezeti kapcsolatokkal rendelkezik nem csak életmódorvosi, de más, életmóddal összefüggő kockázati tényezőkkel – például dohányzás, elhízás, fizikai aktivitás – kapcsolatos regionális szervezetekkel is [23]. Az ELMC ugyanakkor inkább európai nemzeti életmódorvosi egyesületeket tömöríti tagjai közé [26]. Hazai vonatkozásban is két szervezet foglalkozik dedikáltan az életmódorvoslással: a 2013-ban alapított Magyar Életmód Orvostani Társaság (ÉMOT), valamint a 2021-ben alapított Magyar Egészségmegőrzési és Életmódorvostani Társaság (MOTE). Míg az ÉMOT az ELMO társszervezete, addig a MOTE az ELMC-nek és az LMGA-nak egyaránt tagja. A két hazai szervezet között jelenleg talán a legjelentősebb különbség, hogy a MOTE az amerikai életmódorvosi szemlélet szakmai és szervezeti irányvonalát képviseli, míg az ÉMOT az európai életmódorvosi szemléletet részesíti előnyben, valamint a hazai szakmai ajánlások és az egészségügyi szervezeti struktúra figyelembevételével működik. Emellett az ÉMOT több jelentős, országos egészségügyi szakmai szervezettel is partnerségben áll [27,28].

Az életmódorvoslás során alkalmazott komplex életmódváltást szükség esetén a gyógyszeres kezeléssel és más gyógyító eljárásokkal együtt alkalmazzák [12,27]. Az élet-

módorvoslás és a hagyományos orvoslás között számos különbség azonosítható (1. táblázat), amelyeket az alapellátásban ugyanakkor célszerű lenne egymás komplementereként alkalmazni.

Az egészségügyi szolgáltatás (healthcare service) engedélyhez vagy nyilvántartásba vételhez kötött egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egészség megőrzésére, a betegségek megelőzésére, felismerésére, kezelésére, a következmények javítására és a kapcsolódó orvosi eljárásokra irányul [30]. A healthcare mellett azonban egyre inkább előtérbe kerül a self-care (öngondoskodás, önmagunkkal törődés), azaz az egyének, a családok és a közösségek azon képessége, hogy támogassák és megőrizzék saját egészségüket, megelőzzék a betegségeket, és megbirkózzanak a betegséggel, az egészségügyi dolgozók támogatásával vagy akár anélkül [31]. Utóbbi magában foglalja az öngondoskodást támogató eszközöket, gyógyszereket, digitális lehetőségeket, diagnosztikai beavatkozásokat és az öngondoskodást javító cselekvéseket is. Mindezek részben vagy egészben a formális egészségügyi szolgáltatásokon kívül is elvégezhetők, és akár az egészségügyi és szociális területen dolgozók közvetlen felügyelete mellett vagy anélkül alkalmazhatók. Fontos kiemelni, hogy az életmódbeli szokások és gyakorlatok az öngondoskodási tevékenységek közé tartoznak. Végső soron az egészségtudatos világban egy olyan, a „health=egészség” és az „enthusiasm=lelkeseledés” szavakból Cristophe Jauquet által alkotott kifejezés, a healthusiasm elnevezésű átalakulási folyamatnak lehetünk tanúi, ahol talán szükségszerűen is kezdenek elmosódni a szigorú határok az egészségügyi, wellness- és életmódi iparágak között [32]. Mindezen iparágak közös halmazába tartozónak tekinthetjük az életmódorvoslást, hiszen szakít a megszokott egészségügyi-gyógyítási sémával, amelynek inkább tárgya és passzív résztvevője a beteg. Ezzel szemben az életmódorvoslásban a beteg inkább kliens, a betegségmegelőzés vagy gyógyulás aktív szereplője, aki étkezik, alszik, kerül a káros szenvedélyeket, menedzseli saját stresszét és társas kapcsolatait. Az orvosok és szakemberek pedig mintegy coach-ként vannak jelen mellette, tanácsaikkal, bátorí-

Hagyományos orvoslás	Életmódorvoslás
Egyedi kockázatot kezel	Életmódi/környezeti okokat kezel
A beteg passzív szereplő	A beteg aktív szereplő
A betegnek nem kell nagy változtatásokat végrehajtani	A betegnek gyakran nagy változtatásokat kell végrehajtani
A kezelés gyakran rövid távú	A kezelés általában hosszú távú
A felelősség a klinikusé	A felelősség a betegé is
A gyógyszeresedés gyakran végső kezelés	Szükség lehet gyógyszerre, de a hangsúly az életmódi/környezeti változtatáson van
Diagnózis- és gyógyszerközpontú	Motiváció- és compliance- (együttműködés) központú
Célja a betegség menedzselése	Célja a primer/szekunder/tercier prevenció
Kevésbé foglalkozik a környezettel	Jobban figyelembe veszi a környezetet
A mellékhatásokat az előnyök ellensúlyozzák	Az életmódot befolyásoló mellékhatások nagyobb figyelmet igényelnek
Más szakorvosok bevonása	Más egészségügyi szakembereket is bevonnak
Az orvos általában önállóan látja el a beteget	Az orvos az egészségügyi team része

1. táblázat
Az életmódorvoslás és a hagyományos orvoslás közötti különbségek az alapellátásban (forrás: [29])

tásukkal pedig kísérik és támogatják a klienst. Fontos megjegyezni, hogy a szakemberek ebben az esetben már nem csak egészségügyi szakemberek (például orvos, nővér, dietetikus, gyógytornász, mentálhigiénikus), hanem más területek szakemberei, például pszichológus, edző, egészségfejlesztő, rekreációs és turisztikai szakember, életmód-tanácsadó és -terapeuta (természetgyógyász), szakács is támogatják az életmódbeli változtatásokat. Még tágabban nézve, az egyéni szintről a közösségi szintre áttérve, akár az épület- és várostervező mérnökök, kommunikációs szakemberek és még sokan mások is szerepet kaphatnak az egészséges életmódot elősegítő környezet kialakításában.

Életmódorvoslás az egészségügyi szakmai irányelvekben

A világ halálozásának 74%-át kitevő nem fertőző betegségek patomechanizmusában kiemelt szerepet játszanak az olyan életmódtényezők, mint a dohányzás, fizikai inaktivitás, túlzott mértékű alkoholfogyasztás és egészségtelen táplálkozás [33]. Mára több mint harminc betegséggel – köztük a 2-es típusú cukorbetegség, magas vérnyomás, depresszió, COPD, rosszindulatú daganatok széles köre – kapcsolatosan rendelkezünk tudományos bizonyítékokkal, hogy az életmód befolyásolja kialakulásukat, lefolyásukat, valamint az életmódtényezőknek szerepük van a megelőzésükben és gyógyításukban. Az életmóddal összefüggő betegségek etiológiájának tudományos bizonyításával párhuzamosan egyre több nemzetközi és hazai egészségügyi szakmai irányelvben jelenik meg az életmódi intervenciók alkalmazása a megelőzésben és a gyógyításban [34–39]. Így például az Európai Kardiológiai Társaság (European Society of Cardiology, ESC) 2024-es irányelve a magas vérnyomás menedzsmentjéről kiemeli, hogy a felnőtt lakosság magas vérnyomásának egyik fő oka az egészségtelen életmód. A vérnyomás csökkentését célzó életmód-beavatkozások magukban foglalják a rendszeres fizikai aktivitás növelését, a testsúly optimalizálását, az egészséges étkezést, a só- és az alkoholfogyasztás csökkentését, illetve a dohányzás elhagyását [40].

A nemzetközi szakmai irányelvekkel párhuzamban állnak a hazai irányelvek is. Például a Magyar Hypertonia Társaság legutóbbi, 2018. évi szakmai irányelve a hypertonia betegség ellátásánál is javasolja, hogy minden emelkedett-normális vérnyomású és minden hypertóniás beteg számára szükséges az életmód-változtatás bevezetése, beleértve a só- és az alkoholbevitel megszorítását, a nagyívászat kerülését, a testtömegkontrollt az obezitás elkerülésére, a rendszeres aerob gyakorlatok végzését, a dohányzás elhagyását, valamint a zöldségfélék, friss gyümölcsök, hal, magok, telítetlen zsírsavak (olívaolaj), alacsony zsírtartalmú tejtermékek fogyasztását és a vörös húsok kerülését [34]. A gyermek- és felnőttkori diabetes mellitus kezelésének szakmai irányelvében egyaránt elsőként választandó, nem-gyógyszeres kezelés az életmód-terápia, amely ebben az esetben elsősorban a helyes táplálkozást és a rendszeres testmozgást jelenti [35,41]. A COPD diagnosztikájáról, kezeléséről és gondozásáról szóló irányelv hangsúlyozza a dohányzás elhagyása

mellett azt, hogy a légzésrehabilitáció a farmakoterápiával egyenértékű gyógyeljárás, melynek fontos elemei között szerepel a terhelési tréning, a diétás tanácsadás és a pszichoszociális támogatás [36]. A major (unipoláris) depresszív zavar szakmai irányelve a nem gyógyszeres kezelési módok között kiemeli az életmódi tényezők optimalizálásának szükségességét, beleértve a dohányzásról, alkohollal való leszokást, megfelelő alváshigiénét, egészséges táplálkozást, illetve kiemeli a rendszeres testmozgás jelentőségét, amelynek egyrészt antidepresszív hatása, másrészt a gyógyszeres kezelést potenciózó hatása is van [37]. Számos további hazai szakmai irányelvben megjelenik az életmód-terápia mint kezelési lehetőség, például a praxisközösségekben végezhető prevenciós rendelések, a felnőttkori elhízás, az alkohol okozta mentális zavarok, vagy a derékfájás esetén alkalmazható terápiás irányelvekben [39,42–44]. Az életmódi kockázati tényezők közül hazánkban jelenleg csak a dohányzásról való leszokás támogatásáról van érvényben egészségügyi szakmai irányelv [45]. Ez az irányelv összhangban áll az európai és amerikai leszokástámogatási irányelvekkel, továbbá több hazai egészségügyi szakmai irányelvhez is kapcsolódik.

Életmódi intervenciók színterei és intézményi struktúrája – nemzetközi példák és hazai lehetőségek

Nemzetközi vonatkozásban kiemelkedő életmódi intervenciós példaként említhetők az ún. „mozgás receptre” koncepciók. Az életmódorvostan fizikai aktivitási pilléréhez kapcsolódóan az első, mozgás receptre koncepció alapuló program Új-Zélandon indult 1998-ban, „Green prescription” (Zöld recept) néven. Ennek lényege, hogy egészségügyi szakember írásos tanáccsal ösztönzi és támogatja a pácienseket és családjukat abban, hogy fizikailag aktívabbakká váljanak és egészségesebben éljenek. Az orvos által adott írásos szakmai javaslatot, kvázi mozgásreceptet sportklubokban, sportegyesületeknél lehet beváltani, ahol a megvalósítás szakképzett mozgásszakember vezetésével, szakmai protokollok alapján zajlik. Az utóbbi években mindez dietetikus által adott táplálkozási tanácsadással is kiegészülhet [46,47]. Svédországban 2003-ban indult útjára a mozgás receptre program (Physical Activity on Prescription – PAP), ahol az alapellátásban dolgozó háziorvosok, gyógytornászok javasolhatják a fizikai aktivitást, felírják receptre, melyet sportegyesületeknél lehet „beváltani”. Minden sportegyesületnek kötelező ún. egészségjavító fizikai aktivitás (health-enhancing physical activity – HEPA) szolgáltatást nyújtania, ez feltétele annak, hogy megkapják az állami támogatást a működésükhöz [48]. A PAP tapasztalataira alapozva az EU támogatásával további országokban került elindításra a European Physical Activity on Prescription modell [49].

Szlovéniában a lakossági egészségfejlesztés érdekében 2002 óta működik az alapellátáshoz kapcsoltan, így az egészségügyi rendszerbe ágyazottan és a társadalombiztosítás által finanszírozott ún. „Egészségfejlesztő Központokból” (Health Promotion Centre, HPC) álló egészségfejlesztési hálózat. A WHO kiemelt jógyakorlatként tekint a hálózatra, melynek célja, hogy a nem fertőző betegségek

legmeghatározóbb kockázati tényezőit fókuszba helyezve, a lakosság számára közösségi és egyéni életmódi intervenciók kombinációjával biztosítson lehetőséget az egészségfejlesztésre és a betegségek megelőzésére. A HPC-k szervezeti struktúrája, szakmai feladata, működési rendje és finanszírozása központilag jól meghatározott, életmód-kockázati szűréseikkel a felnőtt szlovén lakosság felét eléri, életmódprogramjaikban pedig évente több tízezer vesznek részt [50].

Magyarországon jelenleg az életmódorvoslásnak intézményi struktúrája nincs. Elemek léteznek, mint például az egészséggel kapcsolatos tájékoztatásra alkalmas Egészségvonal és Egészségablak, a helyi szinteken egészségfejlesztést végző Egészségfejlesztési Irodák (EFI), az alapellátási praxisközösségek, vagy az Aktív Magyarország égisze alatt működő, fizikai aktivitást támogató kezdeményezések. A helyi egészségfejlesztési rendszer kiépítése Hódmezővásárhelyen és Kaposváron kezdődött meg 2008-ban, az első városi egészségszervező iroda és az első kórházi egészségfejlesztési iroda kialakításával [51]. A helyi jogkorlatok mintájára az EFI-ket a hazai kormányzat a 2014–2020 közötti uniós fejlesztési időszakban azzal a céllal hozta létre, hogy a jelentős népegészségügyi terhet jelentő betegségek megelőzését támogassa, továbbá a lakosság egészségtudatosságát, egészségmagatartását kedvező irányba befolyásoló hálózatot alakítson ki. Az EFI-k feladata a helyi igényekre és szükségletekre reagáló, a helyi közösségek számára könnyen elérhető egészségfejlesztési és prevenciók szolgáltatások biztosítása [50,52,53]. A jelenleg működő EFI-k száma a bizonytalan finanszírozási, jogállási és működési körülmények miatt folyamatosan csökken, az egészségügyi rendszerbe integrálásuk esetleges, így eredetileg elképzelt szerepüket nem tudják ellátni, jövőjük pedig kérdéses.

A sikeres nemzetközi „mozgás receptre” programokat követően Magyarországon is elindult egy hasonló program 2021-ben, pilot jelleggel Budapest XII. kerületében, „Zöld recept” néven [54]. 2024-ben a hazai és nemzetközi tapasztalatokra alapozva, a népegészségügyi termékadó (NETA) forrás segítségével és az Aktív Magyarország Államtitkárság támogatásával az ÉMOT elindította a „Mozgás Receptre” programot [55]. Noha a program még csak alig egy éve indult, nagy érdeklődésre tart számot mind a háziorvosok, mind a mozgáshelyszínek – közöttük országos sportszervezetek, helyi sportegyesületek, fitnesztermek –, mind a betegszervezetek részéről. Hasonlóan pozitívan fogadták és a program részesei szeretnének lenni a gyógyszerészek, az egészségügyi szakdolgozók, illetve számos munkahely. A program megvalósítási gócpontjai, szervezői és összekötői a települési önkormányzatok, akik folyamatosan csatlakoznak a programhoz [55].

Az életmódorvoslás hazai humánerőforrás-helyzete

Az életmódorvoslás – csakúgy, mint a legtöbb, más orvosi szakterületen végzett tevékenység – csapatmunka. Az életmódorvoslás csapatmunkájának a vezetője ajánlott, hogy egy orvos legyen, a csapat kötelező tagjai között pedig sze-

repeljen mozgásterapeuta, dietetikus, lehetőség szerint pszichológus vagy mentálhigiénikus, valamint számos további egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű szakember, akik az életmódorvoslás pilléreinek megvalósításában segítő szerepet játszanak [28]. Jelenleg Magyarországon – hasonlóan a világ más országaihoz – az életmódorvoslás keresi a helyét az orvoslás mindennapi gyakorlatában. Gyakran felmerülő kérdés, hogy ki az „életmódorvos”. Képzési szinten specializáció egyedül a megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosképzésben jelenik meg [56]. Azonban minden, életmóddal összefüggő betegség gyógyításában, illetve megelőzésében szakmailag érintett orvos egyben életmódorvos is kellene, hogy legyen, mivel ezen betegségek kezelésének és prevenciójának szakmai irányelvei között szerepel az életmódkezelés egy vagy több eleme.

Magyarországon az életmódorvoslás humánerőforrás-rendszerre jelenleg még formálódik. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 ESZCSM rendelet alapján életmód-tanácsadással foglalkozhat a háziorvos, homeopata orvos, hagyományos kínai orvoslást végző orvos, természetgyógyász fizioterapeuta, manuálterapeuta, Kneipp-orvos, tibeti gyógyító és a természetgyógyász életmód-tanácsadó [57]. Ám – a háziorvosok kivételével – mindezen szakemberek által történő életmód-tanácsadások messze esnek az életmódorvoslás klasszikus, tudományos bizonyítékokon alapuló módszertanától. Életmódorvoslással dedikáltan foglalkozhatnak a megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosképzést 2023-tól megkezdő orvosok, a szakvizsgájuk megszerzését követően [56]. A négy orvosképző egyetem megelőző orvostan és népegészségtani szakmai grémiumai az ÉMOT-tal közösen 2023-ban kidolgozták az „Életmódorvostan és prevenció” licencképzési programot, amelyet 2025 áprilisában fogadtak el rendeletkiegészítésként [58]. A licencképzés lehetőséget teremt arra, hogy bármely szakorvosi alap szakképesítéssel rendelkező, de különösen az életmóddal összefüggő betegségeket megelőző és/vagy kezelő orvosok az életmódorvoslás módszertanát elsajátítsák.

Az életmódorvoslás egyes pilléreihez kapcsolódó módszertanok és képzések a hazai szakdolgozói humánerőforrás esetében kissé kedvezőbben alakulnak. A rendszeres fizikai aktivitás tekintetében életmódorvosi mozgásterápiát végezhet a gyógytornász, továbbá primer prevenciók célzattal a közép-, illetve felsőfokú képzettséggel rendelkező sportszakember [59]. Azonban nincs rendezve – a gyógytornászi képesítési szükségletet el nem érő – vezetett fizikai aktivitása több millió magyar betegnek, akik például közepes vagy magas kardiovaszkuláris kockázattal élnek, magasvérnyomásos betegek, prediabetesesek vagy cukorbetegség. A táplálkozás-terápia vezetését dietetikusok tudják biztosítani. Lelki egészség és társas támogatás terén mentálhigiénés szakemberek, pszichológusok és szociális szférához kötődő végzettségű szakemberek vehetnek részt a tanácsadásban. Átfogó, egészségfejlesztési tanácsadásban járatos szakemberek például a népegészségügyi ellenőrök és a védőnők is [59]. Mindezen szakemberek mellett számos további egész-

ségügyi és nem egészségügyi szakember kompetenciakörébe tarthatnának az életmódorvoslás egyes kiegészítő elemei. Az egészségügyben minden, életmóddal összefüggő betegséggel foglalkozó szakorvos, a védőnők, ápolók, gyógyszerészek, népegészségügyi szakemberek, egészségügyi szervezők munkája kapcsolódhat életmódorvosi tevékenységhez. Az egészségügyön túl pedig a turizmusban, vendéglátásban, munkavédelemben, közlekedésben, oktatásban, médiában dolgozó szakemberek, és akár a helyi és országos politikai döntéshozatalban érintett szakemberek is részeseivé válhatnak az életmódorvoslás, életmód-terápia mindennapi alkalmazásának.

Az életmódorvoslás finanszírozási lehetőségei

Az állam jelentős szerepet vállalt Európában és a világ számos más országában a lakosság egészségének megőrzésében, helyreállításában, legyen az a szerep finanszírozási (adóalapú finanszírozás az egészségügyi ellátórendszerben), szervezési (például országos szűrőprogramok), végrehajtási (mentés, oltási programok) feladatok felvállalása. Az életmóddal összefüggő betegségek megelőzésének és gyógyításának finanszírozási lehetőségei számos kérdést felvetnek. Az életmóddal összefüggő betegségek – multifaktoriális jellegükből adódóan – nem illeszkednek a biztosítási logikába, hiszen azok nem véletlenszerűek (például a dohányzás és szívinfarktus kialakulása között tényszerű összefüggés van), nem egyértelműek (bár az evidenciák alapján feltételezhetően egyértelmű összefüggés van a dohányzás és a szívinfarktus között, de egy konkrét betegnél ez minden kétséget kizáróan nem állapítható meg), és egymástól nem függetlenek (a cukorbetegség kialakulása tovább növeli a szívinfarktus kialakulásának az esélyét). Ezt kezelendő, az egészségbiztosításoknál három irányt látunk. Egyrészt az egyén által követett életmódi szokásokat – kockázatként értékelve – a biztosítók figyelembe veszik a fizetendő biztosítási díj megállapításánál. Másrészt a biztosításba épített életmód-támogató és szűrőprogramokat finanszírozzák, harmadrészt pedig az életmóddal összefüggő betegségek költségeinek fedezetét kiveszik a biztosítási események köréből. Előnye ezen biztosítói logikának, hogy tapasztalatok szerint előmozdítja a biztosítottak körében az egészséges életmód követését [60]. Tehát alapvetően nem az egészséges életmódtényezők megvalósulását (edzések vásárlása, egészséges ételek vásárlása, pszichés vezetés vásárlása) támogatják a biztosítások, hanem az egészségfejlesztő, életmódi kockázatokat csökkentő szolgáltatások és tevékenységek mellőzését büntetik emeltebb díjakkal, ugyanakkor információkkal, edukációval segítik a használatuk előmozdítását [60,61]. Hasonló megközelítés jelenik meg a társadalombiztosítási alapon működő német egészségügyi rendszerben, ahol 2015-től az egészségpénztáraknak lehetősége van különböző, az életmóddal összefüggő bónuszprogramokat működtetni. Így például a rendszeres fitneszterembe járásért pontokat írnak jóvá, majd a pontokat pénzre válthatja a biztosított. Emellett egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretbővítő előadásokat, tanfolyamokat szerveznek ingyenesen vagy térítés ellenében [61].

Több európai országban az egészséges életmód előmozdítása azonban inkább közösségi programokon, helyi kezdeményezéseken és kampányokon keresztül valósul meg.

Hazánkban az életmód egyes elemeivel kapcsolatos szolgáltatások a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozottan is elérhetők, például a dohányzásról való leszokás támogatása, a mozgásterápia/gyógytorna, védőnői tanácsadás, praxisközösségi prevenciós rendezés. Az egészséges életmód előmozdítását hivatottak szolgálni az EFI-k, melyek állami támogatással, de nem NEAK finanszírozottan működnek jelenleg. Alternatív módon, a NETÁ-ból finanszírozott életmódi program is zajlik az országban, ilyen például a „Mozgás receptre” program, mely a települési önkormányzatok közreműködésével, helyi erőforrások bevonásával valósul meg. A rendszeres fizikai aktivitást előmozdító forrásteremtési eszköz a 2025. évtől bevezetett „aktív magyarok” zseb a SZÉP-kártya programban, mely kizárólag sportszolgáltatások vásárlására fordítható [62,63].

MEGBESZÉLÉS

Tanulmányunk számos szempontból hiánypótlónak tekinthető hazánkban, hiszen komplex módon igyekezett feltárni az életmódorvoslás helyzetét. Bár az életmódorvoslás koncepciójáról már eddig is rendelkezésre álltak hazai tudományos és „szürke” szakirodalmak [12,27,64,65], az életmódorvosi szakmai társaságok párhuzamossága eddig talán kevésbé volt ismert. Számos egészségügyi szakmai irányelv hangsúlyozza az életmód-tanácsadás és az életmód-terápia szükségességét, mint mindennapi gyakorlati intervenciót a betegellátásban. Szükség lenne az evidenciákra nyugvó életmód-terápiás szakmai irányelvekre és a gyakorlati megvalósításhoz nélkülözhetetlen ismeretek és készségek összefoglalására a nemzetközi irányelvek alapján. Mindezek a graduális képzés megelőző orvostan és egészségfejlesztés profilú tananyagaiban, valamint az életmódorvostan és prevenció licencképzésben is meg kellene, hogy jelenjenek úgy, hogy tényleges gyakorlati készségeket is átadjanak. A szakmai irányelvek megalkotása során elengedhetetlen az egészségügyi társszakmák közötti egyeztetés.

Az életmódtényezők napjainkban az emberiség, így a hazai társadalom egyik legjelentősebb, egészséget befolyásoló tényezői. Az életmódorvoslás éppen ezért kiemelt orvosi, egészségügyi szakterületnek számítana annak érdekében, hogy a hazai lakosság kedvezőtlen, az egészségügyi ellátórendszert leterhelő, évente több ezer milliárd forint társadalmi-gazdasági terhet eredményező egészségi állapotán javítani lehessen [8]. Az életmódorvosi ellátásnak egy összetett, több szereplőt felölelő, lehetőség szerint orvos által vezetett rendszernek kell lennie, akár egyéni szintű, akár összetársadalmi életmódi intervenciók kapcsán tervezünk. Az életmódorvoslás országos rendszerének megoldást kell adnia a társadalmi egyenlőtlenségek ellensúlyozására, a beavatkozások tudományos bizonyítékokon alapuló megközelítésére, az információs társadalom jelentette kihívásokra, az öngon-

doskodás előtérbe kerülésére, és az életmód egész társadalmat átszövő, illetve annak minden elemét elérő jellegzetességére. Az életmóddorvosi, életmód-terápiás tevékenységeket szükséges lenne beleilleszteni a magyar közigazgatás-, egészség-, oktatás- és sportszervezési rendszerekbe, továbbá biztosítani kellene, hogy ezek a tevékenységek a munkahelyi egészségfejlesztésben is integráltan jelen legyenek.

Az életmóddorvoslás és életmód-terápia szakemberei tekintetében egyrészt szükséges – a jogszabályi felhatalmazásnak megfelelően – elindítani az életmóddorvostan és prevenció licencképzést. Emellett minden egészségügyi szakember graduális és posztgraduális képzésében a már meglévő életmóddorvosi és prevenció ismeretek mellé fontos lenne a gyakorlati készségek átadása. Az egészségügyi szakemberek mellett az életmódi tényezők befolyásolásában és életmód-terápiában érintett más – mint például vendéglátás, sport, turizmus, média, gazdaság, településtervezés – szakemberek képzésében is érdemes lenne ezen ismeretek oktatásának szakmaspecifikus bevezetése.

Mint ahogy bemutattuk, az életmód-terápia finanszírozása komplex, és részben kívül esik a hagyományos egészségügyi ellátórendszeri finanszírozáson. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény „141. § 3) pontja szerint: Az állam felelőssége körében az állam kötelezettségét képezi különösen a) *az egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása” [30], ugyanakkor fontos kihangsúlyozni, hogy az egészséges életmód követése és fenntartása minden állampolgár saját felelőssége. Az egyedi orvosi ellátáson túl edukációs jellegű kommunikációs kampányok nagyban hozzájárulhatnak az egészséges életmód követéséhez, az egészségfejlesztéshez, és végső soron az egészséges életmód normává alakításához. Mindehhez meg kell találni a hazai egészségügyi finanszírozáshoz és gazdasági működéshez illeszkedő, igazságos és szolidáris, a társadalom különböző korcsoportjait, foglalkoztatási- és társadalmi-gazdasági státuszú egyéneket és csoportokat figyelembe vevő ösztönzőket. A központi finanszírozás alternatív forrásteremtési lehe-

tősége lehetne akár a NETA kiterjesztése további termékekre, mint például a dohány- és nikotinos termékekre, amelyek a helytelen életmódban és a következményes betegségteherben kiemelkedő szerepet játszanak [1]. Emellett az egészségpénztári finanszírozás kiterjesztése is javasolt lenne például egészségorientált vezetett mozgásterápiákra, vagy más, az egészséges életmódot előmozdító, bizonyítottan hatékony életmódi intervenciókra.

A fentiekben megfogalmazott javaslatok megvalósításához első körben elengedhetetlen lenne a jogszabályi környezet módosítása. Jogszabályi igazításokkal szükséges megteremteni az életmóddorvostan és prevenció licencképzés és gyakorlati alkalmazásának kereteit, az egyedi finanszírozási módokat, valamint az egészségügyi rendszeren, egészségügyi tevékenységen kívül eső, egészségorientált mozgás-, táplálkozás- és lelki terápiák feltételrendszerét.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az életmóddorvoslás egyre nagyobb teret nyer az egészségügyben, mivel bizonyítottan hatékony a krónikus betegségek megelőzésében és kezelésében. A jövőben várhatóan még nagyobb hangsúlyt kap a személyre szabott életmóddorvoslás, amely figyelembe veszi az egyéni genetikai, környezeti és életmódbeli tényezőket. Az életmóddorvoslás integrálása a hagyományos orvosi ellátásba kulcsfontosságú a krónikus betegségek terhének csökkentésében és az emberek egészségének javításában.

Anyagi támogatás

A tanulmány anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek

B.L. tagja a NETA Bölcsék Tanácsának, a Mozgás Receptre program vezetője, valamint az ÉMOT elnöke. P.E. az ÉMOT vezetőségi tagja. P.M. és T.A. társszerzőknek nincsenek érdekeltiségei.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Magyarország: Egészségügyi országprofil 2023 [Hungary: Country Health Profile 2023]. OECD. Published 2024. (Accessed May 1, 2025) doi:10.1787/5adc0e05-hu
- [2] Központi Statisztikai Hivatal. 6.1.11. A Meghaltak Száma És Aránya Halálóki Csoportok Szerint. In: Demográfiai Évkönyv, 2023 [Number and Proportion of Deaths by Cause of Death Groups]. Központi Statisztikai Hivatal; 2024. (Megtekintve:2025.05.07.) [Hungarian]
- [3] OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD. Published 2022. (Accessed May 3, 2025) doi:10.1787/507433b0-en
- [4] Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF). Tehetünk az egészségünkért. Published online 2019. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html (Megtekintve: 2025.05.02.) [Hungarian]
- [5] Urbán R, Péntes M: Dohányzás és e-cigaretta használat. In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk.) Addiktológiai problémák Magyarországon: Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. Budapest, ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó; 2021:166-197.
- [6] Brys Z, Susánszky É, Székely A: Dohányzás és alkoholfogyasztás a Hungarostudy 2002 és 2021 adatfelvételei alapján. In: Engler Á, Purebl Gy, Susánszky É, Székely A (szerk.) Magyar Lelkiállapot 2021. Család – Egészség – Közösség. Hungarostudy 2021 Tanulmányok. Buda-

- pest, Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért; 2022:333-355.
- [7] Versenyképességi jelentés, 2023 [Competitiveness Report, 2023]: Published online 2023. <https://www.mnb.hu/letoltes/versenyke-pesse-gi-jelente-s-2023.pdf> (Megtekintve: 2025.05.03.)
- [8] Joó T, Fadgyas-Freyler P, Vitrai J, Kollányi Z: Az egészségkárosodás társadalmi költségei a munkaképes korú lakosság körében 2019-ben Magyarországon [The social cost of ill health among the working-age population in 2019 in Hungary]. *Orv Hetil.* 2024;165(3):110-120. doi:10.1556/650.2024.32955
- [9] Guthrie GE: What Is Lifestyle Medicine? *Am J Lifestyle Med.* 2018;12(5):363-364. doi:10.1177/1559827618759992
- [10] Rippe JM, ed.: *Lifestyle Medicine*. 1st ed. Wiley-Blackwell; 1999.
- [11] Lippman D, Stump M, Veazey E, et al.: Foundations of lifestyle medicine and its evolution. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes.* 2024;8(1):97-111. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2023.11.004
- [12] Babai L, Majorosi E, Barna I (szerk.): *Életmódorvostan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt; 2023.
- [13] Kapronczay K, Virágh Z: Fodor József élete és jelentősége a medicina történetében. [The life and significance of József Fodor in the history of medicine]. Published online 2018. <https://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2018/08/FodorJozsef.pdf> (Megtekintve: 2025.05.01.)
- [14] Doll R, Hill AB: Mortality in relation to smoking: Ten years' observations of British doctors. *BMJ.* 1964;1(5395):1399-1410. doi:10.1136/bmj.1.5395.1399
- [15] Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ: The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet.* 2014;383(9921):999-1008. doi:10.1016/S0140-6736(13)61752-3
- [16] Afshin A, Sur PJ, Fay KA, et al.: Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 2019;393(10184):1958-1972. doi:10.1016/S0140-6736(19)30041-8
- [17] Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J et al.: Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med.* 2018;378(25). doi:10.1056/NEJMoa1800389
- [18] Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B: Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Prev Cardiol.* 2018;25(13):1387-1396. doi:10.1177/2047487318792696
- [19] Chantler PD, Larkin KT, eds.: *Cardiovascular implications of stress and depression*. Elsevier/Academic Press; 2020.
- [20] Paffenbarger RS, Blair SN, Lee IM: A history of physical activity, cardiovascular health and longevity: the scientific contributions of Jeremy N Morris, DSc, DPH, FRCP. *Int J Epidemiol.* 2001;30(5):1184-1192. doi:10.1093/ije/30.5.1184
- [21] Bíró É: Az egészségfejlesztés fogalma, célja, alapidokumentumai. In: Ádány R, Kiss I, Paulik E, Sándor J, Ungvári Z. (szerk.) *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt; 2023:469-477.
- [22] American College of Lifestyle Medicine: <https://lifestyle-medicine.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [23] The European Lifestyle Medicine Organization: <https://www.eulm.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [24] Lifestyle Medicine Global Alliance: <https://lifestylemedicineglobal.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [25] World Lifestyle Medicine Organisation: <https://wlmo.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [26] European Lifestyle Medicine Council: <https://www.europeanlmc.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [27] Magyar Életmód Orvostani Társaság [Hungarian Lifestyle Medicine Association]: <https://www.emot.hu/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [28] Magyar Egészségmegőrzési és Életmódorvostani Egyesület [Hungarian Society of Preventive and Lifestyle Medicine]: <https://eletmodorvostan.hu/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [29] Egger G, Binns AF, Rössner S, Sagner M eds.: *Lifestyle Medicine: Lifestyle, the Environment, and Preventive Medicine in Health and Disease*. Third edition. Elsevier/Academic Press; 2017.
- [30] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv> (Megtekintve: 2025.05.10.)
- [31] World Health Organization: Self-care for health and well-being – Fact sheets. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions> (Megtekintve: 2025.05.08.)
- [32] Jauquet C: *Healthusiasm. Making customers healthy & happy*. Lannoo Campus; 2019.
- [33] World Health Organization (WHO): Noncommunicable diseases – Fact sheets. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [34] Farsang C, Járαι Z, eds.: *A Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelve – A hypertoniabetegség ellátásának irányelvei*. 11., módosított, javított és kiegészített kiadás. *Hypertonia és Nephrologia.* 2018;22(S5):1-36.
- [35] Bedros JR, Jermendy G, Gaál Z, et al.: Egészségügyi szakmai irányelv: A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban [Healthcare professional guideline: On the diagnosis of diabetes mellitus, antihyperglycemic treatment and care of diabetic patients in adulthood]. *Diabetologia Hungarica.* 2023;31(5):331-444. doi:10.24121/dh.2023.20
- [36] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. *Egészségügyi szak-*

- mai irányelv a krónikus obstruktív tüdőbetegség (chronic obstructive pulmonary disease – COPD) diagnosztikájáról, kezeléséről és gondozásáról. Published online 2024. <https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [37] Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv – A major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek. Published online 2021. https://neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002085-2021_A_major_unipolaris_depressziv_zavar_-_diagnosztikai_es_terapias_iranyelvek&inline=true (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [38] Sharman R, Harris Z, Ernst B et al.: Lifestyle factors and cancer: A narrative review. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2024;8(2):166-183. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2024.01.004
- [39] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – Az alkohol által okozott mentális zavarokról. Published online 2024. <https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [40] McEvoy JW, McCarthy CP et al.: 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178
- [41] Balla G, Bereczki C, Barkai L et al.: Egészségügyi szakmai irányelv: A gyermekkori diabetes ellátása. *Diabetologia Hungarica*. 2021;29(4):183-271. doi:10.24121/dh.2021.16
- [42] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciók rendeléséről. Published online 2023. <https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [43] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkori elhízás diagnosztikájáról és kezeléséről. Published online 2023. <https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [44] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – A derékfájás diagnosztikája és kezelése. Published online 2024. <https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [45] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – A dohányzásról való leszokás támogatásáról. Published online 2024. <https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [46] Health New Zealand: Green prescription. <https://www.tewhatauora.govt.nz/health-services-and-programmes/green-prescriptions> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [47] Stanhope J, Weinstein P: What are green prescriptions? A scoping review. *Stokes T, ed. J Prim Health Care*. 2023;15(2):155-161. doi:10.1071/HC23007
- [48] Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å et al.: Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019;53(6):383-388. doi:10.1136/bjsports-2018-099598
- [49] European Physical Activity on Prescription: <https://www.eupap.org/> (Megtekintve: 2025.05.03.)
- [50] Szörényiné Ványi G, Páhy-Schmidt E, Csizmadia P et al.: Tanulmányi út és tapasztalatcsere a szlovén egészségfejlesztési központok jó gyakorlatának megismerése céljából: Beszámoló a „Legjobb gyakorlat átadása az alapellátásban” Európai Unió projekt első lépcsőjéről [Study visit and exchange of experience to learn about good practice in Slovenian health promotion centres. Report on the first phase of the „Joint Action Transfer of Best Practices in Primary Care” European Union project]. *Egészségfejlesztés*. 2024;65(2):30-32. doi:10.24365/ef.16413
- [51] Malbaski N, Dózsa C: Hogyan tovább Egészségfejlesztési Irodák, azaz mennyi az annyi? [How about Health Promotion Offices, so how much is that?]. *IME*. 2014;13(10):5-11.
- [52] Bezzegh P: Egészségfejlesztési irodák hálózata [Network of Health Promotion Offices]. *Egészségfejlesztés*. 2016;57(1):57-59. doi:10.24365/ef.v57i1.9
- [53] M Kornyicki Á: Egészségfejlesztési irodák működése: Múlt, jelen és a vízionált jövő [The operation of health promotion offices: Past, present and visionary future]. *Egészségfejlesztés*. 2022;63(4):3-11. doi:10.24365/ef.8960
- [54] Zöld Recept [Green prescription]. <https://hegyvidek-sport.hu/zold-recept/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [55] Mozgás Receptre [Physical activity for prescription]: <https://www.mozgasreceptre.hu/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [56] 22/2012. (IX. 14.) EMMI Rendelet Az Egészségügyi Felsőfokú Szakirányú Szakképesítés Megszerzéséről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200022.emm> (Megtekintve: 2025.05.03.)
- [57] 60/2003. (X. 20.) ESzCsM Rendelet Az Egészségügyi Szolgáltatások Nyújtásához Szükséges Szakmai Minimumfeltételekről. Vol 60/2003. (X.20.). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0300060.esc> (Megtekintve: 2025.05.03.)
- [58] A belügyminiszter 10/2025. (IV. 4.) BM rendelete az egészségügyi ágazati szakmai képzésekkel és az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásával összefüggő miniszteri rendeletek módosításáról. 19. melléklet. *Magyar Közlöny*. 2025;(38):1881-1883.
- [59] Kulturális és Innovációs Minisztérium. A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések a 2022/23-as tanévtől alkalmazandó képzési és kimeneti követelményei. <https://kormany.hu/dokumentumtar/kepzesi-es-kimeneti-kovetelmenyek-2> (Megtekintve: 2025.05.08.)

- [60] Folayan A, Cheong MWL, Fatt QK, Su TT: Health insurance status, lifestyle choices and the presence of non-communicable diseases: a systematic review. *J Public Health*. 2024;46(1):e91-e105. doi:10.1093/pubmed/fdad247
- [61] Bonus programs: Health-conscious behavior is rewarded. *Krankenkassen. Deutschland*. 2025. <https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/gesetzliche-krankenkassen/praevention-vorsorge/> (Megtekintve: 2025.05.08.)
- [62] Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK): Hatályos OENO törzslista [Current International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) master list]. <http://finanszirozas.neak.gov.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=1&pid=5> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [63] Aktív Magyarország [Active Hungary]: <https://aktivmagyarorszag.hu/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [64] Bíró É ed.: Az egészségfejlesztés alapjai. In: Ádány R, Kiss I, Paulik E, Sándor J, Ungvári Z. (szerk.) *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt; 2023:469-506.
- [65] Paulik E, Ungvári Z: Életmód és életmód-intervenció az orvosi gyakorlatban. In: Ádány R, Kiss I, Paulik E, Sándor J, Ungvári Z. (szerk.) *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt; 2023:557-622.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Babai László 1998-ban szerezte meg általános orvosudományi diplomáját a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen Szegeden. Ezt követően az egyetem Gyógyszertani Intézetében PhD-tanulmányokat folytatott a testedzés mint fiziológiás prekondicionálás témakörben. Tanulmányai során többször vett részt külföldi gyakorlatokon, elsősorban

Németországban és Angliában. 2005-ben diplomázott a Külkereskedelmi Főiskola nemzetközi marketing szakán. 2004-

ben elindította az ország első magánallergológiai központját, a Budai Allergiaközpontot, és beindította az www.orvostkereksek.hu egészségügyi szolgáltató adatbázisát. 2005-ben társával megalapította az Orvosi és Egészségügyi Vállalkozások Országos Szövetségét, melynek alapításától elnöke. 2010-ben kidolgozta Magyarországon az életmódorvoslás alapjait. 2014 óta alapítója és elnökségi tagja a Magyar Életmód Orvostani Társaságnak. 2010 óta oktató a Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetemen a humánkineziológia szakon. 2012 óta alapítója és igazgatója a Prima Medica EgészségHálózatnak.



Paulik Edit egyetemi tanár a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Népegészségtani Intézetének vezetője. Megelőző orvostan és népegészségtan, társadalomorvostan szakorvos, valamint egészségügyi menedzser végzettséggel is rendelkezik. Kutatóként számos epide-

miológiai felmérést végzett a demográfiai, a társadalmi-gazdasági jellemzők és az egészségi állapot, az életminőség, az egészséggel kapcsolatos magatartás közötti összefüggések feltárására. Intézetvezetőként felel a megelőző orvostan és népegészségtan oktatásért, valamint oktatja is annak különböző területeit a magyar és külföldi orvos, fogorvos, gyógyszerész és egyéb egészségtudományi területen (pl. védőnő, ápoló) tanuló hallgatók számára.



Péntes Melinda 2004-ben általános orvosként végzett a Szegedi Tudományegyetemen, 2009-ben megelőző orvostan és népegészségtan szakvizsgát, 2017-ben a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájában PhD-fokozatot szerzett. 2007 óta dolgozik a Semmelweis Egyetemen, kezdetben az ETK Népegészségtani Intézetében, 2010-től az

ÁOK Népegészségtani Intézetében, 2022-től az Egészségügyi Menedzserképző Központban. A Semmelweis Egyetem Megelőző orvostan és népegészségtan Grémiumának tagja, Doktori Iskolájában témavezető. 2007-től számos hazai és nemzetközi népegészségügyi és dohányzással kapcsolatos kutatásban és projektben vett részt projektvezetőként, mentorként, szakmai tanácsadóként. Több hazai és nemzetközi tudományos folyóiratban rendszeresen lektorál, valamint bírálóbizottsági, illetve szerkesztőségi tag.

Terebessy András szerzői bemutatása az IME 2025/3. számában az 52. oldalon, *Az alapellátásban alkalmazható, dohányzásleszokás-támogató intervenciók hasznossága: narratív szakirodalmi áttekintés* c. cikk végén található.